

DE
L'INCISION EN DEUX TEMPS
DES
KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 30 Juillet 1889

PAR

LECLERCQ (ANTOINE-ABEL)

Né le 2 Avril 1866, à Gœulzin (Nord)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, *Président.*
CHRÉTIEN, professeur.
E. PARISOT, profes. adj.
VAUTRIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE DÉPARTEMENTALE. — P. BOUTILLOT
26, Rue Héré et Terrasse de la Pépinière.

1889

DE
L'INCISION EN DEUX TEMPS
DES
KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 30 Juillet 1889

PAR

LECLERCQ (ANTOINE-ABEL)

Né le 2 Avril 1866, à Gœulzin (Nord)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, *Président.*
CHRÉTIEN, professeur.
E. PARISOT, profes. adj.
VAUTRIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE DÉPARTEMENTALE. — P. BOUTILLOT
26, Rue Héré et Terrasse de la Pépinière.

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, A .

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES, O , I .

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C , I , TOURDES O , I .

V. PARISOT , I , HERRGOTT , I , ROUSSEL , I , DEMANGE , I , BÉCHET, I .

Matière médicale et Thérapeutique . . .	M. COZE  , I  , professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT  , I  , professeur.
Physiologie.	M. BEAUNIS  , I  , professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques. .	M. FELTZ  , I  , professeur.
Clinique médicale	M. BERNHEIM, I  , professeur.
Clinique chirurgicale.	M. GROSS, I  , professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, A  , professeur.
Hygiène.	M. POINCARÉ  , I  , professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I  , professeur.
Clinique chirurgicale.	M. HEYDENREICH, A  , professeur.
Pathologie externe	M. WEISS, A  , professeur.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, A  , professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I  , professeur.
Clinique obstétricale et accouchements. .	{ M. A. HERRGOTT, A  , professeur. M. E. PARISOT, A  , professeur adjoint.
Médecine légale.	
Histoire naturelle médicale.	M. DEMANGE, A  , professeur.
Histologie.	M. MACÉ, A  , professeur.
Anatomie descriptive.	M. BARABAN, A  , agrégé, chargé du cours.
	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.

COURS ANNEXES

Clinique des maladies mentales	M. LANGLOIS, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards. . .	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, A  , agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. SCHMITT, A  , agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants. . . .	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A  .	MM. GUÉRIN.	MM. SIMON.
ROHMER, A  .	RENÉ, A  .	REMY.
BARABAN, A  .	NICOLAS.	P. PARISOT.
BAGNÉRI, A  .	VAUTRIN.	

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS , A , Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HEYDENREICH

Doyen de la Faculté.

A MES MAITRES DE LILLE ET DE NANCY

A MES CHEFS DE L'HOPITAL MILITAIRE

INTRODUCTION

Ainsi que nous l'indiquons par notre titre, notre intention n'est pas d'étudier tous les procédés qui ont été employés à la cure des kystes hydatiques du foie. On a fait souvent ce travail d'ensemble, et, il nous serait bien difficile d'y rien ajouter. On a aussi décrit, d'une manière spéciale, chaque méthode en particulier, soit pour la préconiser, soit, au contraire, pour la rejeter. C'est ainsi que les uns ont vanté la ponction aspiratrice simple, les autres l'application des caustiques, des troisièmes la Laparotomie en un temps.

La plupart de ces études ont été faites de main de maître : nous aurions donc mauvaise grâce à les reprendre.

Mais, il est un mode de traitement que les chirurgiens semblent dédaigner et sur lequel aucun travail complet n'a été fait : c'est l'incision en deux temps. Pendant le semestre d'hiver, nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Heydenreich, un cas de kyste hydatique du foie, développé chez une petite fille de neuf ans, kyste qui fut traité, avec un plein succès, par l'incision en deux temps.

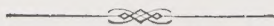
Le 14 mars, M. Heydenreich en rapportait l'observation dans un article de la *Semaine médicale*.

Cette étude que notre maître a bien voulu nous communiquer établit des idées complètement nouvelles. Personne,

en effet, depuis la pratique de l'antisepsie, et, avant M. le professeur Heydenreich, n'a écrit en France sur ce sujet, que nous allons à notre tour, nous efforcer de traiter.

Que M. le professeur Heydenreich veuille bien accepter l'hommage de notre reconnaissance, pour les conseils et les indications qu'il a eu l'obligeance de nous donner, et pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous devons aussi tous nos remerciements à notre excellent camarade Blum, qui a mis à notre entière disposition la connaissance approfondie qu'il possède de la langue allemande.



DIVISION

Nous donnerons, à notre travail, la division suivante :

I. Définition. — Historique.

II. Des procédés opératoires le plus fréquemment employés, étudiés surtout au point de vue de leur valeur clinique. (L'incision en deux temps excepté.)

III. Du procédé de Récamier-Volkman. — Son manuel opératoire, depuis Récamier jusqu'à nos jours. — Observations.

IV. Du manuel opératoire, tel qu'il doit être pratiqué.

V. Indications et contre indications de l'incision en deux temps. — Conclusions.



CHAPITRE PREMIER

Définition. — Historique.

L'incision en deux temps des kystes hydatiques du foie, consiste, d'après M. le professeur Heydenreich, à « faire une incision d'environ 8 centimètres, parallèle aux fausses côtes et intéressant toutes les parties molles jusqu'au péritoine. Après avoir assuré l'hémostase, on divise le péritoine dans toute la longueur de l'incision et on bourre la plaie de gaze antiseptique. Au bout de huit à neuf jours, on incise le kyste au fond de la plaie, on le vide de son contenu, on fait un lavage antiseptique de sa cavité et on y place un gros drain; on recouvre le tout d'un pansement antiseptique ». (A. Heydenreich : *L'incision en deux temps des kystes du foie*, In *Semaine médicale*, 14 mars 1889, p. 81 et 82.) C'est là, croyons-nous, la meilleure définition que nous puissions donner de l'incision en deux temps, telle qu'on la pratique de nos jours. Mais remontons à l'origine, et suivons pas à pas les différentes phases par lesquelles est passée la méthode que nous étudions.

L'incision en deux temps des kystes hydatiques du foie est d'origine toute française. C'est donc bien à tort qu'elle

porte le nom de procédé de Volkmann. Elle a été pratiquée pour la première fois en 1825, par Récamier, à l'Hôtel-Dieu de Paris. (*Revue médicale française et étrangère*, 1825, t. IV, p. 26).

Reclus (*Traitement des kystes hydatiques du foie*. In Bull. de la Société de Chirurgie) trouve, à juste raison, que Récamier devait donner son nom à la méthode dont il est l'inventeur. Volkmann ne l'a employée que 52 ans plus tard, en 1877. Il a, sans doute, beaucoup contribué à la faire accepter des chirurgiens de son pays, mais, il est loin de l'avoir pratiquée le premier. Nous devons cependant rendre justice à son mérite. Nous proposons donc, avec Reclus (*loco citato*), d'associer le nom de Volkmann à celui de Récamier et d'appeler, désormais, l'incision en deux temps la méthode de Récamier-Volkmann. C'est ainsi que nous la désignerons fréquemment dans le cours de notre travail.

Récamier n'a pas décrit son manuel opératoire ; mais, son interne, M. Leloutre, a recueilli l'observation du malade opéré par son maître. Cette opération a paru, à l'époque, dans la *Revue médicale française et étrangère*. Vu son importance, nous la reproduisons en entier.

Observation I

Par M. LELOUTRE. In *Revue médicale française et étrangère*, t. IV, page 26.

Contusion du ventre sans douleur consécutive. — Tumeur dans la région du foie, avec fièvre, fluctuation évidente. — Ponction, évacuation d'une grande quantité de pus et de débris d'hydatides. — Mort. — Vaste abcès du foie ; adhérences anciennes du péritoine.

Jacques Chauvin, marchand de fruits, âgé de soixante-un ans, mais présentant un degré d'affaiblissement et de décrépitude qui semblait annoncer un âge plus avancé, avait éprouvé, il y a huit ans, une maladie caractérisée par une douleur de l'abdomen, et de la fièvre. Il y a quatre ans, il fut renversé par un coup de timon de voiture, qu'il reçut dans le flanc, et garda le lit quinze jours à la suite de cet accident. Les digestions ont toujours été faciles ; jamais il n'a éprouvé de douleur, soit passagère, soit habituelle, dans la région du foie, et jamais il n'a

eu de jaunisse. Il se portait très bien et vaquait à ses occupations, lorsque, dans la première quinzaine de juin 1825, il fut pris, sans cause connue, d'une douleur vive, dans l'hypocondre droit et vers la base correspondante de la poitrine, sans qu'il se développât de dyspnée, de toux et d'expectoration de crachats sanguinolents. Bientôt la douleur se répandit dans toute l'étendue de l'abdomen, et il survint de la fièvre. Ce fut alors que le malade entra dans les salles de clinique, le 9 juillet 1825. Il était alors dans l'état suivant :

Le 9 juillet. — Tension assez marquée de tout l'abdomen, avec douleur modérée, augmentant par la pression et se faisant sentir plus fort dans l'hypocondre droit que dans toute autre région ; légère dyspnée ; dévoiement peu abondant, succédant à une constipation ; bouche humide ; langue nette ; fièvre peu forte avec exacerbation le soir ; pouls petit ; pâleur générale, sans ictère ; peau sèche et sale ; grande débilité musculaire ; amaigrissement considérable ; le malade fut mis à un régime léger et à des boissons adoucissantes.

Le 19, point de changement notable, autre qu'une exaspération de la douleur dans le flanc et l'hypocondre droits. (Vingt sangsues sur ces régions).

Le 20, la douleur n'a pas diminué. (Vingt sangsues sur le même point). Une légère amélioration se manifeste et se soutient pendant quelques jours.

Le 25, l'hypocondre droit est de nouveau devenu le siège d'une douleur vive, et présente une tuméfaction dure, très étendue et mal circonscrite ; la respiration est plus gênée que de coutume. (Vingt sangsues, cataplasmes sur la tumeur).

Le 26, le gonflement de l'hypocondre droit est encore augmenté ; la fièvre est plus forte ; la langue est sèche ; constipation. (Saignée du bras ; quarante sangsues et cataplasme sur l'hypocondre).

Le 27, la tumeur est plus exactement circonscrite que précédemment ; elle paraît formée par le foie, dont le bord tranchant descend au niveau de l'ombilic. Cette tumeur soulève les côtes inférieures droites, agrandit leurs intervalles et refoule le diaphragme, comme il est facile de s'en assurer par l'auscultation et la percussion de la poitrine. M. le professeur Récamier y reconnaît, après un examen très attentif, une fluctuation profonde, et y pratique une ponction exploratrice, à l'aide d'un trocart très fin. Cette ponction confirme son diagnostic, et une goutte de pus s'échappe à travers l'ouverture de la canule, dont le calibre est beaucoup trop étroit pour permettre l'évacuation du foyer. D'ans l'après-midi, la douleur abdominale augmente un peu.

Le 28, la tumeur étant dans le même état, M. Récamier y plonge un trocart un peu plus gros que celui dont il s'était servi la veille, et, au moyen d'une ventouse à pompe, retire trois bassins d'un pus très fétide, ce qui eut été impossible autrement. Cette évacuation, qui est suivie d'une douleur très vive, produit une diminution sensible dans le volume de la tumeur, qui cesse en même temps de présenter de la fluctuation. Néanmoins, la douleur de l'hypocondre droit augmente dans la journée. Le paroxysme du soir est fort et accompagné du dessèchement de la langue.

Le 29, la douleur est toujours vive. (Trente sangsues sur l'hypocondre ; bain).

Le 30, diminution sensible de la fièvre et de la douleur du flanc droit ; quoique cependant la tumeur ait repris le volume qu'elle avait avant la ponction, et qu'elle offre une fluctuation évidente. Quelques selles liquides, précédées de coliques, ont lieu dans le courant de la nuit ; les matières ne contiennent pas de pus.

Le 1^{er} août, continuation des coliques et de selles liquides ; la langue s'est desséchée de nouveau. (Bain, lavement avec l'amidon.)

Le 5, les selles liquides et les coliques qui les accompagnaient ont cessé ; la langue reste sèche.

Le 12, la tumeur de l'hypocondre a augmenté dans tous les sens ; le malade, très affaibli, éprouve de plus en plus de dyspnée ; la moitié inférieure du côté droit de la poitrine ne résonne pas à la percussion, et l'on n'y entend aucun bruit respiratoire.

Le 18, le malade, dont l'état continue d'empirer, consent enfin à une nouvelle évacuation que M. Récamier juge convenable d'opérer en deux temps, pour les raisons qui seront indiquées ci-après ; en conséquence, il se borne à pratiquer sur le point le plus saillant de la tumeur une incision de dix-huit à vingt lignes de longueur et traversant toute l'épaisseur des parois abdominales, de sorte que le doigt, introduit dans l'incision, touche à nu sur la surface convexe du foie ; les lèvres de la plaie sont maintenues écartées au moyen d'une bandelette convenablement fixée à l'extérieur.

Le 20, faiblesse extrême, dyspnée considérable, état voisin de l'agonie. Pressé par les accidents qui paraissent dépendre, en partie, de l'augmentation du volume de la tumeur. M. Récamier espère, en la diminuant, apporter du soulagement au malade, diminuer l'anxiété et prolonger son existence de quelques heures. Dans cette vue, et se servant, pour conducteur, du doigt indicateur introduit jusqu'au fond de l'incision préalablement pratiquée, il incise la face convexe du foie dans l'étendue d'un pouce et parvient ainsi au foyer. Celui-ci fournit en quelques minutes trois livres environ de pus jaunâtre, très fétide et mêlé de beaucoup d'hydatides, les unes entières, les autres en fragments. Après cette évacuation abondante et rapide, le malade paraît menacé d'une syncope, que l'on prévient en lui faisant boire un peu de vin ; en sorte que ce n'est que quelques heures après l'opération qu'il peut jouir de ses bienfaits : alors, en effet, l'anxiété se dissipe, la respiration redevient facile, et le pouls se relève ; mais aux approches de la nuit les forces s'écroulent, toutes les apparences de mieux s'évanouissent ; le pouls devient de nouveau insensible, les traits se décomposent, le ventre augmente de volume par suite d'un météorisme intestinal ; la respiration s'embarrasse de plus en plus, et le malade expire dans le milieu de la nuit.

Ouverture du cadavre. — Le péritoine offre, dans presque toute son étendue, des traces d'inflammation qui ont existé à des époques différentes. Quelques onces de pus bien lié, jaunâtre, occupent l'excavation pelvienne. Les intestins, confondus en une seule masse, sont assez intimement unis, soit entre eux, soit avec les parois de l'abdomen, par une couche intermédiaire et peu épaisse d'une subs-

tance concrète, qui ne se laisse déchirer qu'avec assez d'efforts. D'autres productions, formées de lames celluleuses bien organisées, unissent différents points de la surface du foie et de l'estomac aux régions correspondantes des parois de l'abdomen. Ces dernières productions sont évidemment le résultat d'une péritonite partielle et d'ancienne date. Le péritoine a perdu son poli et sa transparence. Les vaisseaux sous-séreux sont injectés par plaques régulières et assez étendues.

Le foie est très volumineux, principalement dans sa moitié droite qui offre une fluctuation évidente. Une incision régulière, d'un pouce d'étendue, existe à la partie moyenne de la face convexe de cet organe, et fournit beaucoup de pus lorsqu'on le comprime. Cette incision, entourée dans toute sa circonférence, d'adhérences anciennes et solides, correspond à l'incision de la paroi abdominale qui est plus étendue que celle du foie. L'incision du foie, convenablement agrandie, conduit à un énorme foyer contenant encore une pinte au moins de pus semblable à celui qui était sorti pendant la vie, lequel est mêlé à beaucoup d'hydatides, la plupart volumineuses et déchirées. Ce foyer, assez régulièrement arrondi, occupe la totalité du grand lobe de foie, environ sept pouces de diamètre, et est enveloppé, dans toute sa circonférence, par la substance de ce viscère, qui conserve encore deux lignes d'épaisseur à sa surface convexe, lieu où l'abcès est le plus superficiel. La face interne du foyer présente des incrustations fibro-cartilagineuses sous forme de plaques larges et irrégulières, dont l'épaisseur varie depuis un quart de ligne jusqu'à plus d'une ligne. Entre les plaques, la surface du foyer n'est pas couverte d'une membrane particulière, est formée par la substance du foie qui, dans ces points, est rugueuse et offre une couleur brunâtre pénétrant jusqu'à deux ou trois lignes de profondeur.

La membrane muqueuse intestinale présente quelques plaques rouges avec un léger boursoufflement.

La cavité de la poitrine est sensiblement diminuée dans son diamètre vertical, et principalement à droite, par suite du refoulement du diaphragme.

En faisant cette opération en deux temps, M. Récamier voulait déterminer d'abord l'adhérence du foie avec les parois abdominales, et ne pénétrer ensuite dans cet organe qu'après avoir complètement isolé le foyer de la cavité péritonéale. Lors de l'opération, il constata que le foie était lisse, tout à fait libre et sans aucune adhérence, dans le point qu'il put explorer, ce qui le confirma dans le mode d'opération qu'il s'était proposé. Ce procédé peut aussi s'appliquer aux dilatations de la vésicule biliaire, soit qu'on opère seulement par une incision, comme il fait, soit qu'on fasse précéder celle-ci de l'application de la potasse caustique.

Ainsi qu'il est facile de le remarquer, Récamier se trouvait dans de bien mauvaises conditions. Le kyste était volumineux: il était suppuré. Le malade était affaibli par la suppuration et aussi par le développement considérable de sa

tumeur, qui gênait les mouvements du diaphragme et entraînait l'hématose. De plus, le second temps de l'opération dut être pratiqué deux jours seulement après le premier. Or, nous savons déjà, qu'il doit s'écouler huit à neuf jours entre les deux interventions. Enfin (et c'est ici le point capital), l'anti-septie était complètement inconnue en 1825. Pour toutes ces raisons, il était presque impossible de réussir.

Mais, ce que nous devons bien retenir de cette première opération, ce qui a servi de base à toutes celles qui l'ont suivie, c'est que, « en faisant cette opération en deux temps, M. Récamier voulait déterminer d'abord l'adhérence du foie avec les parois abdominales, et ne pénétrer ensuite dans cet organe, qu'après avoir complètement isolé le foyer de la cavité péritonéale. » (Leloutre, *Loco citato*.)

Eviter que le contenu du kyste pénétrât dans le péritoine, tel était donc le but que se proposait Récamier: tel est encore celui que se proposent les rares chirurgiens qui, de nos jours, se servent de l'incision en deux temps.

Toutefois, découragé par cet insuccès, Récamier abandonna son procédé, pour employer, dans la suite, la méthode des caustiques, dont il est aussi l'auteur.

Pendant cinq ans, personne ne renouvela la tentative du professeur de l'Hôtel-Dieu. Mais, en 1830, Bégin, chirurgien du Val-de-Grâce, persuadé que le traitement par les caustiques était moins efficace que l'incision en deux temps, se hasarda, lui aussi, à expérimenter cette dernière méthode. Il obtint un plein succès (1).

Il est étrange cependant, ainsi que le fait remarquer Poulet (*Des nouvelles méthodes de traitement des kystes hydatiques du foie*, in « Revue de chirurgie », 1886, p. 444) que Bégin

(1) Nous avons retrouvé (Bégin, *chirurgie et médecine-opératoire*, 1838, t. I, p. 303) l'observation à laquelle nous faisons allusion : nous la rapporterons plus loin.

ait pu obtenir une guérison. L'antiseptie n'était guère mieux appliquée à son époque qu'à celle de Récamier. Si encore on avait fait des lavages fréquents ; mais on s'est contenté de placer une compresse enduite de cérat au fond de la plaie qui intéressait le péritoine. (Poulet. *Loco citato.*)

Bégin a compté quelques succès. Il a, dès lors, vivement préconisé l'incision en deux temps. Mais les chirurgiens de l'époque, imbus de la crainte du péritoine, regardèrent comme une audace blâmable, l'ouverture des kystes hydatiques. La méthode, pourtant, n'est pas tombée sans avoir fait, même à cette époque, quelques chauds partisans. Nous trouvons, en effet, dans l'article de Poulet, plusieurs cas de guérison obtenus par Russell, Jarjavay, Ried et Brehme.

Mais, à côté de ces cas heureux, il faut placer les tentatives infructueuses de Ruysch, de Reyher, de Panaroli, de Velpeau. Nous avons retrouvé (*Bulletin de thérapeutique*, 1844), l'histoire de la malade de Velpeau. Il s'agissait d'une femme de 47 ans soignée par le professeur Rayer à la Charité. Elle était atteinte d'une kyste multiloculaire.

A la suite de ces différents échecs, l'incision en deux temps fut complètement abandonnée jusqu'en 1877. La question fut alors remise à l'ordre du jour, en Allemagne, par Volkmann. On commençait à connaître et à appliquer l'antisepsie. Grâce aux pansements phéniqués, les insuccès devinrent rares, et, en 1877, le Dr Ranke obtenait deux guérisons.

L'enthousiasme que Volkmann avait su faire partager à beaucoup d'autres chirurgiens allemands ne s'est pas démenti dans la suite. Nous trouvons, en effet, des cas assez nombreux opérés par le procédé de Récamier-Volkmann, et, presque tous ont été suivis de succès. Aussi, en 1885, Kœnig (*Lehrbuch d. Speciell. chir.*, t. II, p. 181) et Lihotzky (*Deutsche Zeitschr. f. chir.*, t. XXIII, p. 114) considèrent-ils ce procédé comme le meilleur traitement.

En Angleterre, Barwell (*British medical journal*, p. 211, 29 janvier 1887) et Owen (*Brit. méd. jour.*, p. 1333, décembre 1887) se sont, eux aussi ralliés à la méthode de l'incision en deux temps. Tous les deux ont obtenu la guérison de leur malade.

En France, les chirurgiens n'accueillirent pas favorablement le procédé de Récamier-Volkman. Jusqu'à ces dernières années, ils employèrent les moyens curatifs qui ne nécessitent pas l'ouverture large de la cavité abdominale. Aujourd'hui, beaucoup sont partisans de la Laparotomie; mais, presque tous la pratiquent en un temps.

Quant à l'incision en deux temps, nous n'en connaissons que deux cas, depuis la pratique de l'antisepsie. Le premier est dû à M. Marc Sée. Le malade est mort avant le deuxième temps, dans des circonstances bizarres qui ne sont pas imputables à l'opération. A l'autopsie, on constata que tout l'abdomen était littéralement farci de kystes hydatiques. (Marcel Baudouin, interne des hôpitaux. *Traitement des kystes hydatiques du foie. Nouvelles méthodes thérapeutiques*, 1887).

Le deuxième cas est tout récent. Il est de M. le professeur Heydenreich. Nous aurons à y revenir dans la suite.

Plusieurs ouvrages rapportent une opération du professeur Chauvel, du Val-de-Grâce, comme étant une opération en deux temps. Braine (thèse de Paris, 1886), Toussaint (thèse de Nancy, 1886), Marcel Baudouin (*loco citato*). L'observation détaillée du cas de Chauvel se trouve dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris* de 1881, p. 249. Or, l'opération a été faite en un seul temps. Chauvel, il est vrai, avait l'intention d'employer la méthode de Récamier-Volkman; mais, il a jugé convenable par la suite, d'agir autrement. Au reste, voici, en quelques mots quelle fut sa conduite :

Le 1^{er} décembre, incision de 5 à 6 centimètres à travers les parois abdominales jusqu'au péritoine pariétal. Tampon de

gaze phéniquée. Au bout de quelques jours, incision du péritoine. On tombe sur le foie. Deux ponctions exploratrices ne donnent, à 6 centimètres de profondeur, que du sang pur, tandis que deux ponctions à la partie supérieure de la plaie, en glissant obliquement le trocart de bas en haut et d'avant en arrière, sous le rebord des côtes, fournissent un liquide assez clair, mélangé de quelques débris membraneux : « Dans ces conditions, dit Chauvel, je n'hésite pas à abandonner toute idée de chercher à pénétrer dans le kyste par cette incision sous-costale *et je me décide à la laisser se fermer.* »

Le 8 janvier, la plaie de la région sous-costale étant fermée, ponction sous le huitième espace intercostal qui donne du pus à 2 ou 3 centimètres de profondeur. Une autre ponction, presque sur la ligne axillaire donne également du pus à la même profondeur.

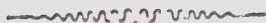
« Le 12 janvier, avec le thermocautère, je divise lentement, couche par couche, toute l'épaisseur de la paroi, dans une longueur de 6 à 7 centimètres, diminuant progressivement l'étendue de la plaie, à mesure que je pénètre plus profondément. Arrivé sur le mince feuillet qui recouvre la paroi du kyste dont la fluctuation est facilement appréciable, je fais commencer la pulvérisation phéniquée et je lave, avec la solution forte la plaie, et ses environs. *Avec la pointe du bistouri, j'ouvre la poche, et des flots de pus se précipitent au dehors.....* » Chauvel (*loco citato*, p. 251).

Plus loin (p. 253), nous lisons : « Je n'ai qu'à me féliciter de l'emploi du thermocautère qui m'a permis d'arriver dans le kyste sans faire perdre au malade plus de quelques gouttes de sang..... A chaque inspiration, à chaque expiration, on voyait les surfaces se déplacer l'une sur l'autre. *Forcément, j'ai du traverser le péritoine, et la crainte d'un épanchement m'a fait hésiter un instant.* Attendre la formation d'adhérences était plus prudent peut-être ; *mais, avec une telle mobilité, avec de tels déplacements de surfaces,*

pouvait-on compter sur cette formation ? Confiant dans la méthode antiseptique, l'OUVERTURE IMMÉDIATE ME SEMBLA PRÉFÉRABLE, ET J'INCISAI LARGEMENT LA POCHE..... »

Enfin, Chauvel conclut en ces termes : « *Je ne veux retenir de ce fait que la possibilité de se servir du thermocautère pour l'ouverture directe des kystes suppurés du foie.* »

Nous avons donc le droit de nous étonner de voir citer ce fait comme étant un cas d'opération en deux temps. Sans aucun doute, les auteurs qui l'ont rapporté, après M. Braine, n'ont pas eu connaissance de l'observation détaillée. Ce n'est qu'ainsi qu'il est possible d'expliquer leur erreur.



CHAPITRE II

Des procédés opératoires le plus fréquemment employés, étudiés surtout au point de vue de leur valeur clinique (1).

Parmi les différents procédés qui sont employés à la cure des kystes hydatiques du foie, quelques-uns seulement méritent de fixer notre attention. Beaucoup, en effet, sont inefficaces et tendent, de jour en jour, à être complètement délaissés. Nous n'en parlerons pas. Nous nous efforcerons, par contre, tout en reconnaissant les avantages qu'ils peuvent avoir, de faire ressortir les inconvénients et les dangers des méthodes les plus répandues. Nous avons donc, à étudier, la ponction aspiratrice simple, la double ponction de Simon, la ponction suivie d'injection antiseptique, le procédé des caustiques, la Laparotomie en un temps, et enfin la Laparotomie suivie de l'extirpation du kyste.

1^o DE LA PONCTION ASPIRATRICE (2). — Le procédé de la ponction est loin de présenter, dans le traitement des kystes

(1) Nous ne parlons pas ici de l'incision en deux temps : nous lui consacrerons un chapitre spécial.

(2) La ponction aspiratrice est une opération trop répandue, pour que nous nous arrêtions à en donner le manuel opératoire.

hydatiques du foie, l'efficacité que chacun lui reconnaît dans la cure de la pleurésie. Dans son excellente thèse, M. Paul-Louis Braine (Paris 1886) signale les nombreux inconvénients de la ponction. « Le but à atteindre, dit M. le professeur Spillmann (*Du traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction simple*. In Revue médicale de l'Est, t. XXI, n° 1, 1889), pour débarrasser un malade d'un kyste hydatique du foie est de tarir la vitalité de l'hydatide. En effet, quand l'hydatide meurt, le kyste se rétracte. Or, l'expérience démontre que, pour vivre, l'hydatide a besoin d'eau. En enlevant le liquide qui distend le kyste, on tue l'hydatide et on favorise la rétraction de la poche ».

On obtient quelquefois, il est vrai, la mort des hydatides ; mais, c'est là l'exception. En général, il reste dans la poche, un peu de liquide qui suffit à l'alimentation des vésicules.

La membrane germinative continue alors son rôle de reproduction, et, en peu de temps, le kyste a reparu. De plus, il est bien rare qu'une seule ponction suffise. Il y a pourtant des cas authentiques de guérison, après une seule intervention. Dans nos recherches bibliographiques, nous en avons trouvé des exemples assez fréquents. Mais, vu le nombre considérable de ponctions qui ont été pratiquées, il faut bien reconnaître que ces résultats heureux constituent une bien petite minorité. Nous croyons, d'autre part, que la liste des guérisons, obtenues après une seule ponction, serait de beaucoup moindre, si l'on avait observé, pendant un temps suffisamment long, les malades qui ont été donnés comme définitivement guéris. On sait, en effet, qu'après ce mode de traitement, les récidives sont loin d'être rares. Nous concluons donc, avec M. le docteur Braine (*loco citato*), que ces guérisons, après une seule intervention, ne peuvent s'obtenir que pour des kystes petits, jeunes, à parois souples, ou des kystes plus volumineux, mais qui ne sont plus fertiles, ou enfin, des kystes de la variété acéphalocyste.

Ce n'est point là, d'ailleurs, le seul reproche que l'on doive adresser à la ponction aspiratrice. Signalons, tout d'abord, un phénomène curieux, qui n'a pas encore, jusqu'aujourd'hui, reçu d'explication plausible : c'est l'urticaire. Il s'accompagne presque toujours de dyspnée, de nausées, de vomissements. Sans doute, ces accidents ne sont pas d'une extrême gravité ; mais on doit cependant les prendre en considération.

Les complications suivantes sont beaucoup plus à redouter. Malgré l'antisepsie la plus minutieuse, il arrive le plus souvent que les ponctions, qui suivent la première, donnent un liquide contenant du pus verdâtre. Ce pus, il est vrai, peut séjourner longtemps dans la cavité du kyste sans causer grand dommage ; mais il peut aussi s'écouler dans le péritoine et en déterminer l'inflammation. La péritonite n'est pas, d'ailleurs, une complication rare de la méthode aspiratrice. Elle est imminente chaque fois que la poche kystique n'est pas complètement vidée.

Il est un autre accident, le plus terrible de tous : c'est la mort subite. M. Bryant (*Clinical Society of London in medical Times and Gazette*, 29 juin 1879) en rapporte un cas saisissant : « On avait enlevé la canule, lorsque, en moins d'une minute, le visage du malade devint pourpre, et une douleur poignante le saisit : à la rougeur succédèrent une pâleur mortelle, des vomissements, une respiration stertoreuse et la mort survint au bout de cinq minutes. »

Un autre exemple est dû à Cuffer (Mort subite après ponction. *In Bull. de la Société des hôpitaux de Paris*, 1875-1876, p. 104).

L'issue fatale ne suit pas toujours immédiatement l'intervention. Tout le monde connaît, en effet, l'histoire du malade de Moissenet qui mourut dix-huit heures après l'opération. (*Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 161, 169, 325). Chez une malade de Reclus (*Gazette hebdom.*, 1886), la mort survint

quarante-huit heures après une deuxième ponction. (La première avait été suivie d'urticaire.)

Citons encore le cas de Moizard (*France médicale*, 1877, page 569).

Enfin, il est un accident sur lequel Volkmann a appelé l'attention en 1875 : c'est l'*auto-infection kystique*. Si, après la ponction (et c'est presque inévitable), il s'écoule, dans le péritoine, un peu de liquide, quelque minime qu'en soit la quantité, et que ce liquide contienne quelques vésicules, celles-ci donnent fréquemment naissance à des kystes hydatiques. En 1877, Volkmann présenta le premier exemple de ce fait au VI^e congrès des chirurgiens allemands (*Communication au VI^e congrès des chirurgiens allemands*, reproduite dans tous les journaux de Berlin). A l'autopsie, il avait trouvé, dans le péritoine, dans le mésentère, dans l'épiploon, un grand nombre de petites tumeurs kystiques renfermant des échinocoques. Koenig (*Lehrbuch der Speciellen chirurgie*, t. II) en rapporte un cas semblable. Depuis, plusieurs autres cas non moins concluants ont été relatés (Dr Braine, *loco citato*).

L'énumération des accidents consécutifs à la ponction aspiratrice se passe de commentaires : C'est une opération incertaine qui ne fournit, d'habitude, que des guérisons temporaires, bientôt suivies de la réapparition ou de la suppuration du kyste.

Elle a, il est vrai, donné quelquefois des résultats ; mais ces cas sont relativement trop rares, et la méthode fait courir de tels risques aux malades que nous ne saurions la recommander.

Les ponctions exploratrices présentent les mêmes dangers : il faut donc aussi rejeter leur emploi. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur ce sujet quand nous étudierons le *Manuel opératoire de l'incision en deux temps*.

II^o DES DIVERS AUTRES PROCÉDÉS DE PONCTION. — Il est des méthodes plus rapides que la ponction aspiratrice simple. Elles varient un peu dans leurs applications, suivant les chirurgiens, mais le principe reste le même.

Le professeur Verneuil pénètre dans le kyste du premier coup, au moyen d'un trocart de gros calibre. La tumeur vidée, il introduit dans la poche, un gros tube en caoutchouc qu'il laisse à demeure. Par ce procédé, le liquide s'évacue facilement, et, rien dans les observations de son auteur ne porte à croire qu'il se soit écoulé quelques gouttes de liquide, dans la cavité péritonéale. Les rares autopsies qui ont été faites montrent qu'il se fait rapidement des adhérences solides, au pourtour de l'orifice. Verneuil ne se contente pas de vider la poche : il y fait de fréquents lavages antiseptiques, dans le but, non seulement de la désinfecter, mais aussi, de tuer, par ce moyen, les hydatides, et de provoquer la formation de bourgeons inflammatoires qui amèneront l'élimination de la poche. Le procédé de Verneuil n'est, en somme, que le procédé de Boinet, auquel il a ajouté l'introduction d'un gros tube à demeure.

Simon d'Heidelberg, est aussi partisan de la ponction. Il détermine le point le plus saillant de la tumeur hystique ; il y pratique une ponction exploratrice, puis, son diagnostic confirmé, il enfonce un autre trocart de même diamètre que le premier, et à 3 ou 4 centimètres de celui-ci. Il laisse le liquide s'évacuer par les deux canules, les obture ensuite, avec des bouchons de cire, et protège le tout par un large pansement. Il ordonne à son malade un repos complet de deux ou trois jours, et évacue ensuite le liquide qui s'est reformé dans la poche. Si ce liquide reste transparent, sans odeur, ce qui lui démontre que la suppuration ne s'est pas établie dans la poche, il attend à nouveau trois ou quatre jours, pour n'intervenir que lorsqu'il est assuré de la décom-

position de la paroi du kyste. Il incise alors le pont qui sépare les deux trocarts et la poche se vide.

Le procédé de Verneuil et celui de Simon se rapprochent trop l'un de l'autre, pour être, dans une étude générale, comme la nôtre, considéré séparément. Verneuil lui-même s'est inspiré du procédé de Simon, puisqu'il fait, depuis, deux ponctions, et sectionne, le septième jour, le pont de peau intermédiaire.

Ces procédés sont passibles de plusieurs objections. Tout d'abord, ils sont très lents. Ainsi, Simon juge opportun d'attendre plusieurs semaines pour assurer la formation d'adhérences solides. L'évacuation de la poche se fait difficilement. De plus, l'expérience a démontré que, dans bon nombre de cas, il ne se forme pas d'adhérences suffisantes (1). L'intensité de la réaction inflammatoire ne peut guère fournir, à ce sujet, de renseignements précis. Si, au lieu d'être modérée cette inflammation est très prononcée, la solidité des adhérences en est grandement compromise. Qu'en résulte-t-il? L'écoulement du liquide et des hydatides, dans la péritoine, avec toutes ses conséquences. Kuester, il est vrai, a modifié ce procédé, en sectionnant, avec un lien élastique, le pont de peau séparant les deux orifices. Il faut convenir, néanmoins, que cette méthode n'est pas à l'abri des reproches que nous avons énoncés plus haut.

III^e PONCTION CAPILLAIRE SUIVIE D'UNE INJECTION ANTISEPTIQUE DANS LA POCHE. — Nous avons vu que Verneuil injecte des solutions antiseptiques dans la cavité kystique. Il poursuit, par là, un double but: désinfecter la poche et tuer les vésicules. Au contraire, par le procédé que nous étudions maintenant, on se propose simplement d'empêcher la suppuration. Le *Manuel opératoire* est absolument semblable à celui de la ponction simple: il n'en diffère que par l'injection

(1) Nous en avons un exemple dans l'observation II.

consécutive d'un liquide antiseptique quelconque (liqueur de Van Swieten, eau phéniquée, acide borique, résorcine, etc.). Les résultats obtenus par cette méthode, sont supérieurs à ceux que donne la ponction aspiratrice simple. On évite, en effet, fréquemment la suppuration ; mais l'urticaire, l'auto-infection kystique, la mort subite, tous ces accidents ne sont pas conjurés.

IV^e MÉTHODE DES CAUSTIQUES. — Reprenant la pratique de Graves, pour les abcès du foie, Récamier eut, en 1825, l'idée de l'appliquer aux kystes hydatiques afin de provoquer des adhérences péritonéales. Après des applications successives de pâte caustique, il faisait, à la tumeur, une ouverture aussi large que le comportaient les circonstances. A l'origine, on laissait les caustiques produire eux-mêmes cette ouverture. Plus tard, les chirurgiens trouvèrent ce procédé trop long. Ils incisèrent alors l'eschare en croix (Dolbeau), ou bien la ponctionnèrent avec un trocart (Richet). Tillaux enfonce une flèche de pâte de Canquoin, jusque dans le tissu hépatique. L'eschare qui en résulte s'élimine au bout de trois ou quatre jours, et on se trouve en présence d'un large orifice par lequel le kyste se vide facilement. Cette méthode, très employée par les médecins danois (Finsen, Jonassen), a joui longtemps d'une certaine vogue en France ; mais elle tend à être de plus en plus délaissée par les chirurgiens modernes. C'est qu'on s'accorde à lui reconnaître quatre grands défauts :

1^o Il est assez difficile de limiter l'action des caustiques. Le parenchyme hépatique peut très bien ne pas les supporter. On voit alors survenir de graves conséquences, telles que la pyléphlébite et l'angiocholite.

2^o On ne peut pas toujours s'assurer que les adhérences sont assez étendues et assez solides pour que le liquide ne s'écoule pas dans la cavité péritonéale. Une inflammation trop forte en compromet la solidité : la suppuration peut les

détruire. Or, la cavité du péritoine étant largement ouverte, on voit les terribles dangers que court le patient.

3^o Ce procédé est lent.

4^o Il fait endurer au malade, des douleurs continuelles, sans le mettre, comme nous l'avons vu, à l'abri d'accidents graves.

La méthode des caustiques est donc une méthode dangereuse que nous ne saurions recommander.

V. — DE L'INCISION EN UN TEMPS. — Lindemann eut l'idée de faire, en une seule séance, l'incision large des parois abdominales et du kyste (Kirchner Inaug. Dissertat, Berlin 1879). Voici son procédé :

1^o Incision de la paroi abdominale, jusque, et y compris, le feuillet pariétal du péritoine ;

2^o Suture des bords de la séreuse avec la peau, au moyen de fils de catgut fins et rapprochés ;

3^o On conduit deux gros fils de catgut d'un angle à l'autre de la plaie, à travers la tumeur qui est attirée au dehors.

Cette manœuvre a pour but d'empêcher la pénétration du liquide kystique, dans la péritoine, quand on en fera l'ouverture (Dr Von Puky, Arch. de Langenbeck, XXXI, 1884). On incise entre les deux fils, parallèlement à eux, et on suture les bords du kyste aux bords de la plaie.

Landau a modifié ce procédé, et, aujourd'hui, voici, d'après le Dr Braine, comment se pratique la laparotomie en un temps :

1^o Soins préparatoires, régime, purgation à l'huile de ricin, etc. Grand bain.

2^o Incision abdominale. — Elle est faite en différents points selon la situation et le volume du kyste : on choisit la partie la plus saillante de la tumeur. L'incision se fait couche par couche (8 à 10 centim.). Hémostase soigneuse, puis, ouverture du péritoine pariétal, avec des ciseaux.

3^o Etude du kyste. — Déterminer son étendue, reconnaître s'il existe ou non des adhérences, rechercher la présence de kystes voisins. Il est inutile de suturer le péritoine pariétal à la peau.

4^o Ponction du kyste. — Faite en vue d'éviter l'épanchement du liquide dans le péritoine.

Aiguille fixe, avec un procédé quelconque qui absorbe la moindre goutte qui sortirait entre la canule et la plaie de pénétration. Le kyste affaissé est attiré au dehors avec une forte pince. On retire la canule et on ferme la petite plaie avec une pince à forcipressure

5^o Fixation du kyste. — Elle se fait à l'aide de gros fils d'argent, à chaque angle de la plaie : On commence par l'angle supérieur.

6^o Ouverture du kyste. — D'un bout à l'autre de la plaie, et parallèlement à elle. Le contenu du kyste s'écoule alors.

7^o Résection de la poche. — Elle se fait avec des ciseaux. S'il y a une lamelle hépatique, il ne faut pas hésiter à la sectionner.

8^o Suture. — On emploie le catgut, la soie cuite de Czerny et le crin de Florence. Quand les parois du kyste sont trop friables, on prend, dans la suture, un peu de parenchyme hépatique. Dans ce cas, on se sert de fils d'argent.

9^o Lavages. — Eau tiède. Acide borique. Solution phéniquée très-légère.

10^o Pansement. — On place deux ou trois drains en caoutchouc, du volume du petit doigt. Gaze iodoformée. Coton hydrophile. Plastron d'ouate et bandage de corps en flanelle.

On retire les sutures vers le 10^e jour.

L'incision en un temps n'est pas une mauvaise opération. Elle n'est pas, cependant, exempte de défauts. Et d'abord, elle n'est pas à la portée de tout le monde. Il faut être chirurgien, et chirurgien consommé, pour la tenter avec des chances de succès. Elle nécessite, en effet, une foule de

précautions délicates qui, dans des mains inhabiles, donneraient des conséquences désastreuses. En outre, cette méthode demande la présence de plusieurs personnes exercées. Il est facile de voir, par la description que nous venons de faire, combien l'opération est laborieuse. De plus, malgré toutes les précautions que l'on peut prendre, il s'écoule quelquefois du liquide dans la cavité péritonéale. La forte traction qu'exerce le kyste sur les fils peut en outre déterminer l'arrachement des tissus que ces fils embrassent. Dès lors, la cavité du péritoine devient accessible aux liquides, et, il peut en résulter une péritonite. Ce sont là, nous le reconnaissons, des complications qui sont souvent évitées ; mais, il est possible qu'elles se produisent et ce fait doit être pris en sérieuse considération.

VI^e EXTIRPATION DU KYSTE. — Il peut arriver, quand on emploie la méthode de Lindeman-Landau, qu'on rencontre un kyste pédiculé. On serre alors le pédicule, entre deux pinces analogues à celles qu'emploie Péan, pour l'hystérectomie vaginale, et on sectionne. La tumeur est alors enlevée comme un kyste de l'ovaire. Le pédicule est rentré dans le ventre. (P. L. Braine.)

Il faut, pour qu'il soit possible d'employer ce mode opératoire, avoir affaire à un kyste pédiculé. Or, il est impossible de reconnaître cette disposition, avant d'avoir pratiqué l'ouverture de l'abdomen. Il en résulte qu'on ne marche pas à coup sûr et qu'on s'expose à trouver le kyste non pédiculé. C'est d'ailleurs ainsi qu'il se présente le plus souvent.

De plus, ici encore, il faut être bon chirurgien pour opérer avec des chances de succès. Nous considérerons donc l'extirpation du kyste comme un excellent moyen, mais, seulement applicable dans les cas de kystes pédiculés, et faite par un praticien habile.

CHAPITRE III

Du procédé de Récamier - Volkmann. — Son manuel opératoire, depuis Récamier jusqu'à nos jours. — Observations.

Nous décrirons, dans ce chapitre, les différents procédés qui ont été suivis jusqu'aujourd'hui par les partisans de l'incision en deux temps. Nous établirons ensuite, au chapitre suivant, le mode opératoire que nous considérons comme le meilleur.

Récamier se bornait à pratiquer sur le point le plus saillant de la tumeur une incision de dix-huit à vingt lignes de longueur, et, traversant toute l'épaisseur des parois abdominales, de sorte que, le doigt introduit dans l'incision, touchait à nu sur la surface convexe du foie. Les lèvres de la plaie étaient maintenues écartées au moyen d'une bandelette convenablement fixée à l'extérieur.

Bégin (*Nouveaux éléments de chirurgie et de médecine opératoire*, 1838, 2^e édit., p. 304), expose ainsi sa manière d'opérer. « Une incision longitudinale de deux pouces et demi environ, faite sur le côté droit de la ligne blanche, le long du bord interne du muscle droit correspondant, divisa successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le feuillet superficiel de l'aponévrose abdominale, puis son

feuillet profond, et enfin le péritoine. Les fibres charnues du muscle droit furent écartées en dehors ; après avoir ouvert le péritoine, avec toutes les précautions usitées pour l'incision des sacs herniaires, on put voir, libre d'adhérences, et recouverte par les feuillets gastriques de l'épiploon, la surface antérieure du kyste. L'opération fut alors arrêtée : une compresse fenêtrée, enduite de cérat et un plumasseau de charpie, des compresses et un bandage de corps servirent au pansement. Aucune ligature artérielle n'a été pratiquée.

Le quatrième jour, l'appareil fut levé. Le fond de la plaie commençait à se tapisser de bourgeons cellulux et vasculaires, des adhérences solides étaient établies entre les bords et les parties profondes. Un bistouri aigu, plongé au milieu de la solution de continuité, pénétra dans le kyste, d'où s'échappa une grande quantité de liquide aqueux et limpide. Une mèche de charpie fut introduite dans la solution de continuité ; puis, une canule en gomme élastique la remplaça et, après une suppuration assez longue et l'évacuation de débris des acéphalocystes, la guérison eut lieu. »

Vokmann opérait de la façon suivante :

Premier temps. — Après chloroformisation du malade, et antisepsie de la paroi abdominale, on pratique à droite, ou à gauche de la ligne médiane, sur le point le plus saillant de la tumeur, une incision parallèle aux rebords des cartilages costaux. Cette incision comprend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané le grand droit, le grand oblique, le petit oblique et le transverse. On s'arrête au péritoine pariétal. L'hémostase étant complète, on saisit le péritoine pariétal avec une pince, on y fait une boutonnière avec des ciseaux, et, avec un bistouri, on l'incise sur la sonde cannelée, dans toute la hauteur de la plaie (8 centimètres).

A moins d'adhérences aux organes voisins, à moins d'être intrahépathique, le kyste tend toujours, à ce moment, à faire

saillie par la plaie opératoire. On procède alors au pansement. Toutes les règles de l'antisepsie sont observées. On bourre la plaie de gaze iodoformée. On la recouvre d'une couche d'ouate phéniquée ou salycilée. Le tout est maintenu en place par plusieurs couches d'ouate ordinaire et de nombreux tours de bande qui ont, en outre, pour but d'immobiliser le péritoine dans la mesure du possible.

Deuxième temps. — Afin de créer des adhérences, huit ou neuf jours après, on enlève le pansement ; et, grâce aux adhérences formées, on incise, sans crainte, le kyste, au fond de la plaie. Le liquide qu'il contient se vide alors sans qu'il lui soit possible de s'écouler dans le péritoine. Avec lui sortent les hydatides.

Ce second temps doit être pratiqué sans anesthésie préalable. Il est en effet presque complètement indolore. De plus, on évite ainsi les vomissements que produit fréquemment le chloroforme, vomissements qui compromettent beaucoup la solidité des adhérences.

Après un lavage antiseptique à l'acide salycique de la cavité, on place dans la plaie, un gros drain : on bourre la plaie de gaz iodoformée, et on fait un pansement antiseptique.

S'il y a du foie à sectionner, Volkmann se sert du thermocautère.

Les irrigations sont répétées tous les jours ou tous les deux jours, suivant la quantité de la sécrétion.

Souvent, après une semaine, la membrane germinative se détache et sort par morceaux.

Après trois semaines, la plaie est d'habitude très réduite. Il reste une fistule qui met en général deux à trois mois à se combler.

Tel est le procédé de Volkmann.

Les observations de cas opérés par cette méthode ne sont pas communes. Elles sont, de plus, très difficiles à trouver. Nous avons pu, néanmoins réunir les suivantes :

Observation II.

*Archiv. für Klin. Chirurgie. — Ueber die operative Behandlung der Leber
echinococcen von Dr Ranke, 1877.*

X..., cultivateur, 38 ans, malade depuis cinq ans. Il était atteint d'une tumeur assez considérable, dont le diagnostic fut sûrement établi par une ponction exploratrice : C'était un kyste hydatique du foie.

On essaie la méthode de Simon d'Heidelberg, et neuf jours après (16 juillet 1876), une incision à la paroi abdominale fait voir la surface du foie mobile : les adhérences qu'on avait cherchées ne s'étaient pas produites. On incise l'aponévrose abdominale. La surface du foie se montre sans inflammation, rouge bleuâtre, un peu granuleuse. A l'endroit des ponctions seulement, on reconnaît de petites adhérences sous forme de petites cordes, de la grosseur d'une aiguille, allant du foie à l'aponévrose abdominale.

L'incision, large de trois travers de doigts, est maintenue béante par un tampon de Lister, tandis qu'un pansement antiseptique recouvre tout le champ opératoire et sépare complètement de l'extérieure la cavité péritonéale largement ouverte. A la suite de cette intervention, on ne constate aucune réaction inflammatoire.

Le 25 juillet, sept jours après, les adhérences étant jugées suffisantes, on incise le kyste encore recouvert de tissu hépatique, sans recourir à l'anesthésie. La guérison se fit sans complication.

Au bout de six semaines, les dernières vésicules s'éliminèrent et trois autres semaines après, le malade s'en alla, n'ayant plus qu'une fistule qui se ferma bientôt.

Observation III.

Clinique de Volkmann.

RANKE. (*Arch. für Klin. chir.*, t. XXI, p. 687, 1887.)

Emélie Vetter, âgée de 16 ans, se présente à la clinique de Volkmann, le 21 novembre 1876. Elle portait depuis quinze mois une tumeur abdominale qui grossissait constamment et atteignait, à son entrée, le volume d'une tête d'adulte. La percussion et la ponction exploratrice firent reconnaître un kyste hydatique.

Le 5 décembre, on ouvre la cavité abdominale.

A travers les parois, un peu à droite de la ligne médiane, et au-dessus de la partie saillante, on pratique, jusqu'au péritoine, une incision large de huit centimètres, parallèle au bord costal et à deux ou trois travers de doigts au-dessous. Après l'hémostase, on ouvre le péritoine et on aperçoit la surface du foie, lisse, d'un rouge bleuâtre, foncé. Un gros tampon de gaze maintient l'ouverture béante et un pansement antiseptique est appliqué. Le lendemain soir seulement, on cons-

tate une légère élévation de température à 38°, et le reste de la maladie suit son cours normalement.

Neuf jours après, le 13 décembre, on ouvre le kyste lui-même sans anesthésier la malade. Une épaisseur de tissu hépatique d'environ un demi-centimètre recouvrait la tumeur. Après le nettoyage de la cavité kystique avec une solution d'acide salicylique, on place un gros drain et on recouvre le tout d'un pansement de Lister. Bien qu'on ne vit aucune inflammation locale, la température monta le lendemain à 40° et à près de 39° les quatre jours suivants. Quelques douleurs à l'épaule droite. Le 17 décembre, on retire la vésicule hydatique : baisse de la température.

La sécrétion, peu abondante, ne nécessite le renouvellement du pansement qu'au bout de deux ou trois jours.

Le 8 janvier 1877, il ne persistait plus qu'une fistule étroite et on laissa de côté le drain ainsi que le pansement de Lister.

Vers le milieu de février, la malade était complètement guérie. La cicatrice était légèrement tournée vers le haut et adhérente. La matité hépatique dépasse peu le rebord costal, mais remonte un peu plus haut que normalement. Bonne santé générale.

Observation IV

KUESTER. *In Berlin. Klin. Woch.*, 1880, n° 4, p. 55.

Kyste hydatique du foie chez une fillette de 9 ans. — Opération en deux temps suivant la méthode de Volkmann après quelques accidents d'intoxication phéniquée.

Il s'agit d'une jeune fille de 9 ans, entrée à l'hôpital Augusta le 17 septembre 1879 et qui fut traitée par la méthode de Volkmann. La première incision fut faite le 20 septembre ; elle était parallèle à la direction des côtes droites : elle comprenait les parties molles et le feuillet pariétal du péritoine : après quatre jours il n'y avait pas encore d'adhérences ; mais la plaie montrait déjà une telle tendance à la cicatrisation qu'il fallut y introduire de la gaze phéniquée avec l'extrémité du doigt.

Le dixième jour, alors que le foie ne pouvait plus se mouvoir derrière la plaie cutanée, la capsule fibreuse du kyste fut ouverte et il sortit un liquide clair, avec une partie de la vésicule mère. On ouvrit également une vésicule fille dans laquelle on plaça un drain. La malade ayant présenté quelques signes d'intoxication phéniquée, l'acide phénique fut remplacé par l'acide salicylique. A ce sujet, Israël fait remarquer que ces accidents d'intoxication sont fréquents chez les enfants.

Le 29 novembre, la plaie était réduite à la grosseur d'un haricot. Dans la suite elle se ferma complètement.

Observation V

KORACH. *Zur operativen Behandlung der Leber échinococcen* (In *Berlin. Klin. Woch.*, 1883, nos 19 et 20).

Il s'agit d'un homme, âgé de 36 ans, admis à l'hospice d'Altona le 14 octobre 1882. Il présentait dans l'hypocondre droit, une tumeur énorme. On porte le diagnostic de kyste hydatique du foie, diagnostic qui est confirmé par une ponction. Le professeur Leisrink opère le 16 octobre : il fait d'abord l'incision des parties molles et du péritoine; puis, il suture les bords de la plaie, avec l'intention première de ne faire l'incision qu'après la production d'adhérences du kyste avec le péritoine; mais, il remarque qu'une quantité considérable de sang pénètre dans le péritoine ainsi que du liquide kystique qui s'est échappé de l'ouverture produite par la ponction. Aussi se décide-t-il, le lendemain, à ouvrir la cavité kystique. Les jours suivants, l'état du malade devient peu satisfaisant; la température s'élève, et, il se produit des douleurs à l'épaule droite. Il y a cependant des alternatives de mieux; mais la température reste toujours élevée. Par la palpation, on sent au bord inférieur du foie, une tumeur fluctuante. La plaie se cicatrise et le 15 novembre, on ne peut plus y introduire qu'un tube de 15 centimètres; mais la tumeur s'accroît rapidement; le diaphragme est refoulé, le foie est appliqué contre la paroi abdominale antérieure: on fait une ponction exploratrice qui confirme le diagnostic de 2^e kyste hydatique.

Le 23 novembre, opération. Incision de 6 centimètres de longueur dans l'hypogastre droit, à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic (cette incision comprend la peau, les muscles et le péritoine). Le kyste, visible dans la plaie présente quelques légères adhérences. Il n'y a pas de communication fistuleuse avec la cavité du premier kyste.

— Suture du kyste avec la paroi abdominale — à chaque bord de la plaie on met six points de suture. Pansement iodoformé. Le soir l'état du malade est bon; la température devient normale les jours suivants.

Le 28 novembre, sans anesthésie préalable, on enlève le pansement. Il est imprégné de sang; mais il n'y a aucune trace de suppuration: le kyste est fortement adhérent au péritoine. On l'incise sur une longueur de deux centimètres: il sort cinq litres de liquide limpide contenant un peu de vésicule; on place un drain et on fait un pansement iodoformé.

Le 29 novembre, la température qui jusque là était restée normale s'élève à 40° 5: on enlève le pansement, on retire le drain; il s'écoule ensuite 200 centimètres cubes de liquide mélangé de sang: on fait une injection de résorcine à 2 p. 0/0.

Le 2 décembre, état général excellent. L'irrigation fait sortir toute la paroi de la vésicule mère, en même temps il s'écoule un liquide trouble évalué à un demi-litre: il n'a pas mauvaise odeur.

Le 4 décembre, le liquide d'irrigation est un peu purulent : le drain ne pénètre plus si profondément : dès lors la guérison tend à se faire rapidement.

Le 7 décembre, on enlève le drain, de sorte que trois jours après la plaie est complètement fermée.

Enfin, vers le milieu de janvier, l'opéré se porte à merveille et quitte l'hôpital.

Observation VI

KORACH *Zün operationen Behandlung der Leber Echinococci* (In Berl. Klin. Woch. 1883, nos 19 et 20).

Ouvrier cigarier d'Altona. Reçu à l'hospice le 21 août 1883.

On porte le diagnostic suivant : kyste hydatique du lobe droit du foie ; poche kystique vide, dans le lobe gauche.

29 août. — Incision des parois abdominales. Suture du kyste, comme dans l'observation précédente.

2 septembre. — Incision du kyste sur une longueur de 5 centimètres. Il sort un litre et demi d'un liquide verdâtre. Avec la pince, on enlève environ deux cents vésicules dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf de poule. Par cette manœuvre, on arrache des fragments de la paroi du kyste. Irrigations avec une solution d'acide salicylique. Drainage. Pansage iodoformé.

Le soir, la température est de 39°4. Elle tombe après une injection de résorcine.

3 septembre. — T. matin 38°.

La température s'abaisse ensuite et reste normale jusqu'au 7.

7 septembre. — Liquide purulent. Légère élévation de température.

9 septembre. — Evacuation totale de la paroi kystique. La température devient normale.

La cavité diminue extraordinairement vite. Le malade sort le 8 octobre.

14 octobre. — Le malade est de nouveau admis à l'hôpital. Il est tombé dans la rue, et se plaint de douleurs vives de la plaie. Temp. normale. Pouls 128, petit, facilement dépressible. Respiration coupée, précipitée. Abdomen douloureux à la pression. De la plaie, il sort continuellement, et par gouttes, un liquide bilieux. Ce liquide imbibé le pansement. — Opium. Vessie de glace.

17 octobre. — Temp. 39°8. Pouls plein, 116. Pas de phénomènes de péritonite. Il sort toujours de la fistule, du liquide bilieux. Ictère. Urines bilieuses. Selles peu colorées.

19 octobre. — Etat plus grave : perte complète de l'appétit. Temp. matin 58°2, soir 39°5. L'ictère augmente. Selles grisâtres, décolorées. Urines toujours bilieuses. Expulsion continue de bile par la fistule (30 centimètres cubes par heure). Dilatation de la fistule : il sort trois cuillers à soupe de liquide biliaire. Tampon de gaze iodoformée.

20 octobre. — 59°9. Pas de signes de péritonite. Douleurs violentes dans la

région hépatique. Pansement sec. Urines bilieuses. Fèces décolorées. Ictère très accentué.

22 octobre. — On enlève le pansement. Le tampon est aussi enlevé. Il sort de la fistule un peu de liquide clair. Selles un peu colorées. L'ictère diminue.

25 octobre. — Temp. normale. La fistule se rétrécit. Plus d'écoulement de bile. Selles normalement colorées. Les urines ne contiennent plus que des traces de bile. Ictère modéré. Etat meilleur. Le malade commence à avoir un peu d'appétit.

2 novembre. — Temp. soir, 39°5. Nouvel écoulement de bile. L'ictère reprend. Selle de couleur bilieuse le matin, gris d'argile le soir.

5 novembre. — Temp. 38°7. Le tampon cause des douleurs violentes : il est enlevé. Pas de liquide bilieux. Depuis quelques jours, l'hypocondre gauche présente une forte voussure douloureuse, au toucher. Diminution de l'ictère. Selles un peu colorées.

7 novembre. — L'ictère disparaît. Urines normales. Etat satisfaisant. Pas de température. Pas d'écoulement bilieux par la fistule. Tampon définitivement enlevé. La fistule diminue vite, de sorte qu'il ne reste qu'une petite plaie granuleuse qui se cicatrise. Le malade pourrait être considéré comme guéri.

25 novembre. — Erysipèle de la face. Températ. élevée. Exacerbation de douleurs dans l'hypocondre gauche. A 2 centim. au-dessous des côtes, on voit une saillie du volume d'un œuf de poule, qui part du lobe hépatique gauche et suit avec celui-ci les mouvements respiratoires. A ce même endroit, il y aurait eu, autrefois, une tumeur qui a disparu, il y a deux ans.

1^{er} décembre. — La tumeur augmente. Elle est tendue et bien fluctuante. La peau est rouge. Temp. du soir, 38°3. Vomissements fréquents. Douleurs violentes. Cataplasmes.

6 décembre. — Incision de la tumeur solidement adhérente à la peau. Expulsion de 200 cent. cubes de liquide de mauvaise couleur, d'odeur alliagée. Au microscope, on trouve quelques couronnes de crochets. Pas trace de communication de la poche avec le kyste du lobe hépatique droit. Irrigation de résorcine. Drainage. Pansement iodoformé.

8 décembre. — Après 2 irrigations par jour, l'odeur a disparu. Secrétion purulente abondante. La cavité diminue. Les drains sont enlevés.

15 décembre. — L'ouverture de l'incision est fermée. Convalescence suffisamment rapide.

A la fin de janvier, le malade sort guéri.

Les observations de Korach sont très remarquables. La première nous prouve, tout d'abord, qu'il y a danger à faire la ponction explorative, avant l'incision des parois abdominales. Korach, en effet, a vu du liquide kystique, s'écouler par la piqûre, dans le péritoine.

La 2^e observation relate un cas très compliqué. Il y a eu cependant guérison. Enfin, les deux observations nous donnent le manuel opératoire pratiqué par Korach. Ce chirurgien, en effet, suture le paroi du kyste, aux bords de la plaie abdominale. C'est là, à notre avis, un défaut sur lequel nous reviendrons, dans un prochain chapitre.

Ajoutons que le second kyste du 2^e malade fut ouvert en un temps. C'est que les adhérences qu'il présentait, permettaient cette conduite.

Observation VII

Hépatotomie pour un cas de kystes hydatiques du foie et de la plèvre,
par SUSLIN. (*Dnevnik Kasansk. Obshtchestva Vrach.*, no 5, 1885).

Jeune femme de 22 ans entrée à la clinique de Levshin, pour un kyste du foie. Deux ponctions exploratrices confirmèrent le diagnostic de kyste hydatique. On fit l'opération en deux temps ; ouverture de l'abdomen jusqu'au kyste. La plaie est bourrée de gaz iodoformée et pansée avec le coton de bois au sublimé. Quatre jours après les bords de la plaie étant unis par des adhérences on incise le kyste, on le vide, on met un drain à demeure et on panse au sublimé. Lavages quotidiens de la poche avec la solution de chlorure de zinc à 1/2 p. 100. Le dixième jour, la poche ayant suppuré on put l'extraire en totalité. La température se maintenant élevée en dépit des lavages antiseptiques, l'auteur en sondant la plaie avec le doigt reconnut une perforation du diaphragme et une poche pleurale. A partir de ce jour, guérison rapide.



CHAPITRE IV

Du manuel opératoire tel qu'il doit être pratiqué

Le procédé de Volkmann que nous avons décrit en détail, dans le chapitre précédent, est admis par tous les partisans de l'incision en deux temps. Il laisse cependant encore beaucoup à désirer.

Après un pansement antiseptique soigné, il ne doit se produire aucune réaction inflammatoire, et, par le fait même, on n'est pas en droit de compter sur des adhérences certaines. La meilleure preuve est l'observation suivante que nous empruntons à M. le professeur Heydenreich (observation publiée dans la *Semaine médicale* (14 mars 1889).

« Il s'agissait d'une enfant âgée de huit ans, qui me fut présentée le 17 novembre 1888. Depuis un an, cette enfant se plaignait de douleurs abdominales, en même temps qu'elle pâissait et offrait des symptômes d'anémie. Depuis environ trois mois, ses parents s'étaient aperçus de l'existence d'une tuméfaction dans l'abdomen; cette tuméfaction paraissait être restée à peu près stationnaire.

Il était facile de constater que la tumeur, signalée par les parents, était sans adhérence avec la paroi abdominale. Cette tu-

meur, de forme arrondie, située dans la moitié droite de la partie antéro-supérieure de l'abdomen, faisait manifestement corps avec le foie, qu'elle continuait inférieurement. Elle débordait en bas, de quatre travers de doigt, le rebord des fausses côtes droites (les doigts étant placés parallèlement à la portion oblique de ce rebord), et elle dépassait inférieurement le niveau d'une ligne transversale passant par l'ombilic. En dedans, elle franchissait légèrement la ligne médiane. En dehors, elle arrivait jusqu'à une ligne partant de l'épine iliaque antéro-supérieure et se dirigeant en haut et en dehors vers la partie externe des côtes. Son volume semblait être celui du poing.

La portion la plus saillante de la tumeur, entre l'ombilic et le rebord des fausses côtes droites, arrivait en contact avec la paroi abdominale ; sa périphérie s'écartait graduellement de cette paroi. La tumeur était indolente, rénitente, élastique ; on n'y percevait ni fluctuation proprement dite, ni frémissement hydatique.

L'ensemble de ces caractères indiquait l'existence d'un kyste hydatique du foie. Je me décidai à intervenir par l'incision en deux temps.

Le 26 novembre, après une anesthésie chloroformique, je pratiquai une incision, d'environ 6 centimètres de long, sur la partie la plus saillante du kyste. Cette incision, parallèle au rebord des fausses côtes droites, située à égale distance de ce rebord et de l'ombilic, commençait en dedans à un travers de doigt à droite de la ligne médiane. Je divisai les différentes couches de la paroi abdominale et, après avoir assuré soigneusement l'hémostase, je sectionnai le feuillet pariétal du péritoine. Au fond de la plaie, j'aperçus alors le foie, qui montait et descendait pendant les mouvements de respiration. Son tissu était rouge blanchâtre ; c'était la couleur habituelle du foie avec un reflet légèrement nacré. Je bourrai la plaie de gaze iodoformée. Le premier temps de l'opération était terminé.

Aucun phénomène anormal ne survint les jours suivants. La température ne dépassa pas 38°4.

Le 4 décembre, après chloroformisation, j'enlevai le pansement. La plaie, de forme concave, était couverte d'une couche uniforme

de bourgeons. Avec un trocart capillaire, je fis, au fond de la plaie, une ponction qui donna issue à un liquide incolore et transparent. Je retirai aussitôt le trocart : le diagnostic de kyste hydatique était confirmé.

Pensant que, derrière la couche de bourgeons, il existait des adhérences solides avec le kyste, j'incisai cette couche avec précaution. Je m'aperçus alors qu'elle formait, au fond de la plaie, comme un diaphragme séparé du foie par un espace vide. En dehors de la plaie, le foie avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale ; aussi ne le voyait-on plus monter et descendre lors des mouvements respiratoires. Mais, sur tous les autres points, il n'y avait pas trace d'adhérence. »

En présence d'une pareille situation, on ne pouvait guère procéder au deuxième temps de l'opération, lequel n'est possible, qu'autant que le premier a réussi. Aussi, dit M. le professeur Heydenreich :

« Après avoir fendu la couche de bourgeons dans toute la longueur de la plaie, je cautérisai les lèvres de cette plaie au thermocautère. Pansement à la gaze iodoformée.

Le soir de l'opération, la température monta à 38°3. Le lendemain, elle était, le matin, de 38°3, le soir, de 39°5. Mais, dès le surlendemain, 7 décembre, elle tombait à 37°8 le matin, et 38°6 le soir. Le 8 décembre, elle ne dépassait pas 38°, et le 9, elle était absolument normale. Du reste, aucun autre phénomène morbide.

Le 10 décembre, je chloroformisai de nouveau la malade. L'ablation du pansement permit de voir, au fond de la plaie, le foie manifestement adhérent sur tout le pourtour de cette plaie. Après m'être assuré, par une ponction exploratrice, que j'étais bien en face du kyste, j'incisai ce dernier, qui était recouvert par une mince lamelle de tissu hépatique ; il s'en écoula 250 centimètres cubes de liquide incolore, ne contenant pas de crochets. Je lavai la poche, d'abord à l'eau bouillie, puis avec une solution phéniquée 1/50, en ayant soin d'extraire en totalité, à l'aide du siphon, le liquide injecté. Aucune vésicule fille ne fut expulsée. J'introduisis dans la poche un drain, que je fis pénétrer à 8 cen-

timètres de profondeur ; enfin, j'appliquai un pansement à la gaze iodoformée. Le drain était de calibre moyen seulement ; en effet, étant donné le temps depuis lequel était faite la première opération, la plaie extérieure s'était légèrement rétrécie, et la surface hépatique visible au fond de la plaie était de dimensions limitées.

La température monta à 38°2 le soir de l'opération, à 38°4 le lendemain soir. Le 12 au soir, elle atteignit 40°, et, jusqu'au 17 décembre inclusivement, elle se maintint le soir à ce chiffre, tandis que, le matin, elle descendit à 39°2 ; le 19 à 38°0, enfin, le 20 au soir, elle était de 37°9, et elle resta absolument normale les jours suivants.

Pendant la période où la petite malade présenta de la fièvre, le pansement fut renouvelé tous les trois ou quatre jours. Rien d'anormal ne se remarquait du côté de la plaie, qui donnait à peine quelques gouttes de pus ; le liquide injecté dans la poche ressortait limpide. A chaque pansement j'augmentai le diamètre du drain. A part la fièvre, il n'existait aucun phénomène anormal.

Le 31 décembre, trois semaines juste après la dernière opération, la paroi du kyste se présenta au niveau de l'ouverture, et il me fut possible de l'extraire en totalité. Son étendue était suffisante pour qu'elle pût recouvrir le poing ; son épaisseur était de un à deux millimètres environ ; elle était blanche et avait une odeur de blanc d'œuf cuit.

A partir de ce moment, la cicatrisation suivit son cours régulier. Elle était complète le 4 mars. A cette date, toute la zone primitivement occupée par le kyste était sonore à la percussion, et on n'y percevait plus aucune rénitence. »

Le cas de M. le professeur Heydenreich présente un intérêt capital, non seulement parce qu'il a été suivi de guérison, mais parce qu'il nous permet de formuler les règles qui doivent servir de base au procédé de l'incision en deux temps. Voici donc, à notre avis, comment doit se faire cette opération.

Et d'abord, nous rejetons absolument la ponction exploratrice, avant d'avoir pratiqué le premier temps. Déjà, en 1838,

Bégin (*Chirurgie et médecine opératoire*) considérait cette manœuvre comme dangereuse. La ponction exploratrice expose, en effet, nous l'avons vu, aux mêmes dangers que la ponction évacuatrice. Nous nous appuierons donc, pour établir notre diagnostic, sur les signes extérieurs, nous réservant de nous assurer un peu plus tard de l'existence du kyste. Nous suivrons alors l'ordre suivant.

1^o *Incision des parois abdominales.* — Après chloroformisation, on incise, sur une longueur de huit centimètres environ, la partie des téguments que le kyste rend le plus saillante. Cette incision se fait avec soin, lentement, couche par couche, jusqu'à ce qu'on arrive sur le péritoine pariétal. On assure alors l'hémostase, puis on sectionne le feuillet pariétal de la séreuse. On prend, dans ce premier temps, toutes les précautions antiseptiques. Sans doute, l'antisepsie empêche l'inflammation et, par le fait, favorise peu la production des adhérences. Nous devons cependant l'employer dans toute sa rigueur. On pourrait, au besoin, pour chercher à établir des adhérences, suturer les parois kystiques aux lèvres de la plaie, comme dans l'incision en un temps. Mais, avec M. le professeur Heydenreich, nous craindrions la possibilité d'une déchirure de la paroi, déchirure dont nous connaissons toutes les conséquences. « En effet, la paroi des kystes hydatiques est friable, facile à sectionner par un point de suture. Le tissu hépatique qui forme, autour du kyste, une enveloppe plus ou moins mince, n'offre pas non plus une résistance bien notable. » (A. Heydenreich, *loco citato*). Nous préférierions l'incision en un temps : car, si l'adhérence est solide, on a tout avantage à terminer de suite l'opération. (Observation III.)

2^o *Emploi du thermocautère.* — Mais, mieux vaut toucher légèrement au thermocautère, les lèvres de la plaie. On y provoque ainsi une irritation suffisante, de solides adhérences

se forment et « on empêche le bourgeonnement qui risque de fermer la plaie. »

3^o *Pansement après le premier temps.* — On comble la plaie avec de la gaze iodoformée: on place, au-dessus, du coton salycilé et on recouvre le tout de coton ordinaire. On place enfin des bandes de flanelle ou de tarlatane.

4^o *Ponction exploratrice. — Incision du kyste.* — Huit jours après, on chloroforme de nouveau le malade, et on enlève son pansement. On fait alors dans la plaie, une ponction exploratrice, dans le but de confirmer le diagnostic. Cette ponction n'est plus actuellement dangereuse. Les adhérences sont en effet nombreuses et solides, et il est impossible qu'une seule goutte de liquide pénètre dans la cavité péritoniale.

Si par hasard on avait fait une erreur de diagnostic, le mal ne serait pas bien grand. L'incision des parois abdominales faite avec les précautions antiseptiques nécessaires ne peut guère, en effet être suivie d'aucun accident grave. Il suffirait donc de laisser la plaie se cicatriser. Si au contraire, le diagnostic du kyste hydatique est confirmé par la ponction, on incise la partie la plus saillante du kyste, sur toute la longueur mise à nu. La tumeur se vide alors spontanément.

Volkman, Lihotzky, et le plus grand nombre des partisans de l'incision en deux temps, pratiquent le deuxième temps sans anesthésie préalable. Ils en donnent pour raison, ainsi que nous l'avons vu plus haut, que les vomissements provoqués par le chloroforme compromettent la solidité des adhérences qu'ils peuvent même détruire complètement. Il en résulterait alors, un épanchement de liquide dans la cavité péritoniale, épanchement dont nous connaissons les dangers. Sans doute, cette manière d'opérer peut être appliquée à des hommes fermes et courageux; mais pour des enfants et

pour des femmes, c'est une conduite que nous ne saurions approuver.

Et d'abord les vomissements sont-ils capables de détruire les adhérences ? Quand il s'est écoulé 8 jours entre le premier et le second temps, quand surtout, le premier temps a été pratiqué avec les précautions que nous avons décrites, les adhérences sont suffisamment solides pour résister aux efforts que fait le malade. Si d'ailleurs il s'en produisait la rupture, cet accident serait beaucoup moins grave qu'un mouvement malencontreux de l'opéré. Nous admettons donc l'anesthésie.

5^o *Lavages.* — M. Heydenreich les fait d'abord avec de l'eau bouillie, puis de l'eau phéniquée à 1/50. On met ensuite un gros drain dans l'ouverture.

6^o *Pansement.* — En général on emploie la gaze iodoformée. L'acide phénique ne doit être employée qu'avec prudence, surtout chez les enfants. Nous avons vu, en effet, dans l'observation d'Israël (de Berlin), qu'il survient quelquefois des accidents d'intoxication phéniquée.

Le pansement, dans le cas de M. le professeur Heydenreich, a été renouvelé tous les trois ou quatre jours, parce que la malade a présenté de la fièvre ; mais, cette pratique ne saurait être établie en règle générale. Il ne faut, en effet, changer le pansement qu'autant que le renouvellement en est commandé par la suppuration, la fièvre, ou quelque autre accident.

CHAPITRE V

Indications et contre indications de l'incision en deux temps. — Résultats. — Conclusions.

Dans notre chapitre II, nous avons étudié la valeur relative des différents modes de traitement, le plus fréquemment employés à la cure des kystes hydatiques du foie. Nous avons rejeté toutes ces méthodes, excepté la laparotomie en un temps, que nous avons dit n'être pas une mauvaise opération. Examinons maintenant les avantages et les défauts de l'incision en deux temps, et efforçons-nous d'établir quel est, des deux procédés de Récamier-Volkman ou de Lindemann-Landau, celui que nous devons choisir.

Tous les chirurgiens sont d'accord à reconnaître que l'incision en deux temps est d'une exécution extrêmement facile. Elle peut être pratiquée sans aides, et, à la rigueur, sans autre anesthésie qu'une anesthésie locale. Quant au deuxième temps, il mérite à peine le nom d'opération : c'est une simple incision (Lihotsky). Mais, si les auteurs sont d'accord sur ce premier point, il n'en est plus de même pour les considérations qui suivent. Les partisans de la méthode en un temps adressent, en effet, au procédé de Récamier-Volkman, cinq reproches principaux :

1^o C'est une méthode lente ;

2^o Elle laisse en place la totalité de la poche : par suite, après l'expulsion de cette dernière, la cavité est plus grande que si l'on avait pratiqué une excision : il en résulte un retard dans la guérison ;

3^o Elle expose à méconnaître un deuxième kyste, tandis qu'une laparotomie complète, avec examen direct du voisinage du kyste, par la palpation au moyen de la main introduite dans l'abdomen, permet presque toujours de reconnaître l'existence d'un deuxième kyste ;

4^o Elle ne permet pas d'attaquer les kystes profondément situés ;

5^o A valeur égale, une opération en un temps est toujours préférable.

Examinons, l'un après l'autre, ces différents reproches.

Nous reconnaissons la valeur du premier. L'incision en deux temps est un procédé lent *en tant qu'ouverture du kyste ; mais, comme laps de temps définitivement employé au traitement*, il diffère bien peu de celui que nécessite la laparotomie en un temps.

Nous admettons aussi, que la cavité kystique se comble moins vite que si l'on avait fait l'excision de la paroi. Mais, comme le fait remarquer M. le professeur Heydenreich, cette considération est de peu d'importance : il s'agit, avant tout, de choisir le mode d'intervention qui fait courir le moins de risques au malade.

Quant à exposer le chirurgien à méconnaître l'existence d'un second kyste, nous ne pouvons guère admettre cette manière de voir. Il nous suffira, en effet, de rappeler le cas de Kuester, cas dont nous avons déjà relaté l'observation. Cette observation a d'autant plus de valeur que la plaie, après la première incision, s'était tellement rétrécie, par cicatrisation, qu'on dut remettre un nouveau tampon de gaze phéniquée.

Or, dix jours après, quand on pratiqua le deuxième temps, en essayant, avec les doigts, de retirer le reste des membranes, on trouva un deuxième kyste situé au-dessous du premier. Ce kyste a été reconnu par hasard : à plus forte raison, pourra-t-on le trouver, quand on songera à rechercher cette complication.

Ce troisième reproche n'est fondé d'ailleurs sur aucun fait. De tous les cas que nous avons vus relevés par les auteurs, aucun ne parlait d'erreur de diagnostic imputable à l'incision en deux temps.

Est-il vrai, maintenant, que, par cette dernière méthode, il soit impossible de s'attaquer aux kystes profondément placés ? Nous ne pouvons mieux faire, à notre avis, pour répondre à cette objection, que de citer le cas du malade opéré par Israël (de Berlin) (1).

Observation VIII

In Berlin, Klin. Woch, 1879, n° 17, p. 247.

Israël de Berlin présente une femme de 54 ans qu'il a opérée d'un kyste hydatique de la convexité du foie, par un procédé opératoire tout nouveau. L'opération ne pouvait pas se faire par la paroi abdominale parce que la région du foie occupée par le kyste, était complètement située derrière la paroi thoracique. Il fit la résection d'une partie de la sixième côte et ouvrit, sous le spray phéniqué, la cavité pleurale. Il introduisit alors dans la plaie, un tampon de gaze antiseptique, pour amener une adhérence de la paroi thoracique, avec le diaphragme. Au bout de 7 jours, il incisa le diaphragme par l'ouverture pleurale et par le fait même, il ouvrit la cavité péritonéale. L'incision du diaphragme fut comblée par de la gaze de Lister, pour obtenir l'adhérence du diaphragme et du foie. Lorsque cette adhérence fut produite (après 9 jours), il incisa le foie, et les vésicules hydatiques furent extraites. Ensuite, il mit un tube d'argent dans la cavité du foie, tube qu'il introduisit par la plaie du thorax.

Il y eut guérison, sans trace de pleurésie ni de péritonite, après neuf semaines et demie.

(1) Nous voudrions y ajouter l'observation d'Owen : mais nous n'avons guère pu nous la procurer.

Le cas précédent était assez compliqué pour que nous puissions mettre, hors de doute, l'efficacité de l'incision en deux temps dans les kystes profonds. Aussi, dans des circonstances semblables, bien loin de la rejeter, nous conseillerons toujours la méthode de Récamier-Volkman. La laparotomie en un temps nous paraît beaucoup moins certaine et, nous doutons fort qu'Israël eût obtenu un succès, s'il s'était servi de ce dernier procédé.

Enfin, pouvons-nous admettre que l'incision en un temps ait une valeur égale à celle de la méthode en deux temps ? Nous avons consulté un grand nombre d'ouvrages ; nous avons étudié les tableaux qui ont été dressés par Poulet (*Revue de Chirurgie*, 1886, p. 450), par le docteur Toussaint (Thèse de Nancy, 1886, p. 47), par le docteur Braine (Thèse de Paris, 1886, p. 113). Or, le résultat de nos recherches ne nous permet pas du tout de conclure que les deux procédés soient d'égale valeur.

Poulet cite douze cas d'opération en deux temps. Parmi ces douze opérés, un seul est mort. Il a passé par une longue période d'isthénie et a présenté de l'albumine dans les urines. C'est le numéro 2 de la statistique. Le numéro 7 de la même statistique (Schmid. Centr. f. chir., 27 juin 1885) a eu un sort inconnu : nous ne devons donc pas le compter comme insuccès.

Dans le même tableau, Poulet rapporte 39 cas de laparotomie en un temps : on a 7 décès à enregistrer.

Ce sont les numéros :

3. Pyémie. Empyème. Abscess du foie.

5. Pleurésie.

18. Mort au 2^e jour. Collapsus.

20. Mort en 31 heures, de septicémie.

27. Mort par chloroforme.

29. Mort après 6 semaines, d'hémorrhagie par ulcère duodénal.

33. Longue période fistuleuse. Mort après une 2^e opération.

La mort, dans deux de ces cas, n'est certainement pas due à l'opération : nous les retrancherons donc. Il reste cependant une moyenne de décès, de 12,8 0/0.

Le docteur Toussaint puise ses résultats dans différents auteurs. Voici son tableau :

D'après Neissler. — Procédé en 2 temps, 40 0/0 de mortalité. Procédé en 1 temps, 50 0/0 de mortalité.

D'après Leisrink. — Procédé en 2 temps (sur 6 cas), 0 de mortalité. Procédé en 1 temps, 8,5 0/0 de mortalité.

D'après Poulet, en ajoutant le cas de M. Rohmer. — Procédé en 2 temps, 8,5 0/0 de mortalité. Procédé en 1 temps, 12,5 0/0 de mortalité.

Prenons la moyenne de ces résultats et nous avons : Incision en 1 temps, 23,33 0/0 de mortalité. Incision en 2 temps, 16,66 0/0 de mortalité.

Reportons-nous à la statistique du docteur Braine (Thèse de Paris, 1886, p. 116 et 117) : nous y trouvons 48 cas opérés d'après le procédé de Lindemann-Landau : 10 ont été suivis de décès, ce qui fait une mortalité de 20,84 0/0. Admettons encore que l'opération ne soit pas à incriminer, dans deux de ces cas, il reste, néanmoins, une mortalité de 16,66 0/0.

Il est facile de voir déjà maintenant, que les résultats obtenus par l'incision en deux temps sont beaucoup plus favorables que ceux que donne la méthode de Lindemann-Landau. Or, nous n'avons pas encore parlé de la dernière statistique que nous possédons et qui est due à M. le professeur Heydenreich (Loco citato). M. Heydenreich a réuni neuf cas qui ne figurent dans aucun tableau. Ce sont :

Ranke (2 cas). (Arch. f. Klin. Chir. t. XXI, p. 687, 1877).

Israël (1 cas). (Berl. Klin. Woch., n° 17, p. 247, 1879).

Kuester (1 cas). (Deutsche med. Woch., n° 2, 1880).

Korach (2 cas). (Berl. Klin. Woch., nos 19 et 20, 1883).

Kurz (1 cas). (Wiener med. Presse, n° 39, p. 1335, 1887).

Barwell (1 cas). (Brit. med. Journal, p. 211, 1887).

Owen (1 cas). (Brit. med. Journal, p. 1333, 1887).

Ces neuf cas ont été suivis de guérison. Avec l'observation de M. Heydenreich et la statistique de Poulet, nous avons 22 opérations qui ont fourni 21 guérisons et une mort, ce qui fait 4,5 0/0 de mortalité.

Enfin, nous avons trouvé un cas opéré en Amérique par Kerr. Le deuxième temps a été pratiqué 6 jours après le premier. Il y a eu guérison (Canadian med. Assoc., 18 août 1877).

Nous pouvons donc donner, comme résultat définitif, 4,3 0/0 de mortalité.

Ces chiffres parlent assez : il est inutile d'y venir ajouter.

De toutes les méthodes que nous avons étudiées, l'incision en deux temps est celle que nous avons vue donner le plus de succès. Poulet pouvait, il y a trois ans, objecter que le nombre relativement petit des observations ne permettait pas de tirer de conclusions. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Nous avons cité des cas suffisamment nombreux pour établir que le procédé de Récamier-Volkman est le moins dangereux et le plus certain de tous les traitements des kystes hydatiques du foie.

Mais, ce procédé est-il toujours applicable ? A notre avis, il n'y a qu'une seule contre indication. Quand le kyste présente un volume très considérable, quand il est douloureux, quand, par son énorme distension, il gêne les mouvements du diaphragme, produit de la dyspnée et met immédiatement le malade en danger de mort, il faut agir sur l'heure, et alors, l'incision en deux temps doit être complètement rejetée. Pour être, en effet, d'une efficacité presque certaine, la méthode de Récamier-Volkman n'en est pas, pour cela, un moyen expéditif. Il faut, pour l'employer, disposer de huit jours au moins. Si donc, nous nous trouvions en présence d'un malade menacé des accidents que nous venons

de signaler, nous laisserions le procédé de l'incision en deux temps, pour avoir recours à la Laparotomie en un temps. Mais, dans toutes les autres circonstances, nous considérons, comme indiquée, la méthode de Récamier-Volkman.

La situation du kyste ne peut pas, en effet, être une contre indication. Le plus souvent, la poche kystique est située à la face antérieure, à la face inférieure ou au bord inférieur du foie. Elle se porte alors en avant, et fait saillie au niveau de la paroi antérieure de l'abdomen. Dans ce cas, pas d'hésitation possible.

Si maintenant, le kyste se trouve à la face supérieure de l'organe, devons-nous intervenir par un autre moyen que l'incision en deux temps ? Nous avons déjà vu que, dans ce cas, le procédé de Récamier-Volkman est encore le meilleur. Nous avons en effet cité les succès de Israël et de Owen.

Que dirons-nous enfin des kystes intrahépatiques ? Peut-on employer, à leur cure, la méthode de l'incision en deux temps ? Les expériences du docteur Tillmann (*Archives de Virchow*), les recherches du docteur Klob (*Wiener med. Blatter*), les cas observés par Harley, Knowley, Thornton (*Semaine médicale*, 18 août 1886), suffisent amplement à nous démontrer que le foie supporte très bien les blessures. Rien n'empêche donc, le cas échéant, d'employer le procédé de Récamier-Volkman. Le kyste opéré au mois de novembre, par M. le professeur Heydenreich, était recouvert par une fine lame de tissu hépatique. Or, on ne fit même pas attention à ce fait.

Il résulte donc enfin, de toutes les considérations auxquelles nous nous sommes livré, dans le cours de cette étude, que l'incision en deux temps est passible d'un seul reproche, sa lenteur. Mais, ce défaut a si peu d'importance, et il est racheté par tant d'avantages, que nous considérons

la méthode de Récamier-Volkmann, comme parfaite et à la portée du praticien le moins habile.

Nous serions donc trop heureux, si notre modeste travail pouvait amener les chirurgiens à prendre en considération un procédé opératoire qui, bien que d'origine française, n'est mis en pratique qu'à l'étranger. Sans doute, « l'incision en deux temps a pris naissance, dans notre pays, à une époque où elle ne pouvait être qu'une témérité chirurgicale sans avenir. Elle mérite d'y reprendre sa place, aujourd'hui que les progrès de la chirurgie en ont fait une méthode offrant toute sécurité à l'opérateur. — (A. Heydenreich, *Semaine médicale*, 14 mars 1889, p. 82.)

Vu :

Le Président de la thèse,
A. HEYDENREICH.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 22 juillet 1889,
Le Recteur,
M. MOURIN.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Archives générales de médecine, 1838.
Id., 1839.
- BARWELL. — Britisch, méd., journ., 29 janvier, 1888.
- BAUDOUIN. — Traitement des kystes hydatiques du foie. Progrès médical, n^{os} 11, 14, 15; 1887.
- BÉGIN. — Chirurgie et médecine opératoire, 1838.
- Berl. Klin. Woch., 1877.
- BRYANT. — Clin. Society of London, in méd. Times, and Gazette, 29 juin, 1879.
- BRAINE. — Thèse de Paris, 1886.
- Bulletin thérapeutique, 1844.
- CUFFERT. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1875 à 1876.
- DIEULAFOY. — Pathologie interne, 1888.
- HAYEM et GRAVE, — Progrès médical, 1874.
- A. HEYDENREICH. — Semaine médicale, 14 mars 1889.
- ISRAEL. — Berl. Klin. Woch., n^o 17, 1879.
- KERR. — Canadian méd. Assoc., 18 août 1885.
- KIRCHNER. — Inaug. Dissert. Berlin, 1879.
- KLOB. — Wiener méd. Blatter.
- KÖNIG. — Lehrbuch d. Specieil. Chirurgie, 1885.
- KORACH. — Berl. Klin. Woch., n^{os} 19 et 30, 1883.
- KUESTER. — Berl. Klin. Woch., 1880.
- KURZ. — Wiener méd. Presse, 1887.

- LANDAU. — Berl. Klin. Woch., 1880.
LELOUTRE. — Revue médicale française et étrangère, t. IV, 1825.
LIHOTZKY. — Deutsche Zeitschrift.
LEVSHIN. — Dnevnik kasansk. Obshtchestra Vrach, n° 5, 1885.
MOISSENET. — Gazette des hôpitaux, 1859.
MOIZARD. — France médicale, 1877.
OWEN. — Brit. méd. jour., décembre, 1887.
POULET. — Revue de chirurgie, 1886.
Dr VON PUKY. — Archives de Langenbeck, 1884 et 1885
RANKE. — Arch. f. Klin. Chir., t. XXI, 1877.
RAYER. — Gazette de hôpitaux.
RECLUS. — Gazette hebdomadaire, 1887.
— Gazette des hôpitaux, 1887.
Semaine médicale, 28 août 1886.
SPILLMANN. — Revue médicale de l'Est, t. XXI, n° 1, 1889.
TILLMANN. — Archives de Virchow.
TOUSSAINT. — Thèse de Nancy, 1886.
VOLKMANN. — Communicat. au VI^e congrès des chirurgiens allemands (Berl. Klin. Woch), 1877.



